

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 76 D.P.R. e art 495 c.p.**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Di essere in transito da \_\_\_\_\_ proveniente da \_\_\_\_\_ e diretto a \_\_\_\_\_ ;

Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui **all'art. 1, lett. a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'9 marzo 2020** concernente **lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all'interno della Regione Basilicata e dell'intero territorio Italiano nonché delle sanzioni previste dallo stesso decreto in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato)**;

Che il viaggio è determinato da:

- € Comprovate esigenze lavorative;
- € Situazioni di necessità;
- € Motivi di salute;
- € Rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che:

- € sto rientrando al mio domicilio sito in \_\_\_\_\_
- € devo effettuare una visita medica presso \_\_\_\_\_
- € Lavoro presso \_\_\_\_\_
- € altro motivo (specificare) \_\_\_\_\_

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia